



# Abordaje de la Obesidad en Salud Laboral. Experiències pràctiques

Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente-Herrero.  
Grupo de obesidad de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del

Trabajo



# CONFLICTO DE INTERESES

Esta mesa y sus ponencias han contado con el patrocinio de Novo Nordisk.

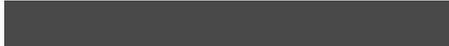




**En este documento, no se discrimina a nadie por razón de sexo.**

**A lo largo de todo este documento se utilizará el gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos, como aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva.**

**Tan solo cuando la oposición de sexos sea un factor relevante en el contexto se explicitarán ambos de forma diferenciada biológicamente: hombre y mujer.**



# Aspectos de Interés en Salud Laboral

<b><u>OBESIDAD Y ENT</u></b>	CONCEPTO
<b><u>LA OBESIDAD EN CIFRAS EN ESPAÑA</u></b>	SALUD PÚBLICA/SALUD LABORAL
<b><u>LA OBESIDAD EN PRL</u></b>	Primaria, Secundaria y Terciaria
<b><u>LA OBESIDAD COMO RIESGO EN EL TRABAJO</u></b>	Contingencia-AT
<b><u>VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA</u></b>	Estudios epidemiológicos
<b>ASPECTOS PRÁCTICOS</b>	CONCLUSIONES

# Tabla de Contenidos

**01**

¿Que es la  
obesidad?

**02**

¿Cual es su  
trascendencia?

**03**

¿Cómo abordarla  
en PRL?

**04**

Obesidad en  
Promoción de  
la salud

**05**

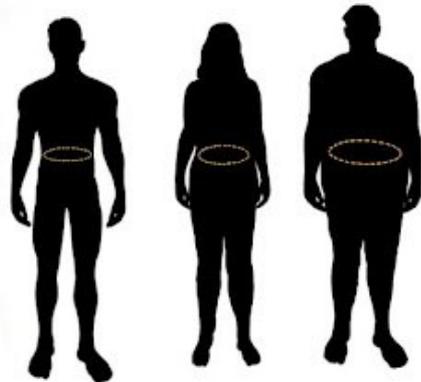
Obesidad en  
Vigilancia de  
la Salud

**06**

Conclusiones



# La Obesidad en Salud Laboral



Una visión desde la Medicina del Trabajo de  
la persona trabajadora que vive con  
obesidad



01

# Obesidad y Enfermedades No Transmisibles

# Definimos La Obesidad

- la **OBESIDAD Y EL SOBREPESO** como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
- En todos los casos, se trata de una enfermedad crónica, progresiva y recidivante, con un **EXCESO DE GRASA CORPORAL** hasta el punto de poder afectar a la salud.
- **ADIPOSIDAD:** La adiposidad es una condición que puede presentarse de manera generalizada en todo el cuerpo, como en el caso de la obesidad, o de manera localizada como el caso de la celulitis.



# Definimos La Obesidad y las ENT

- **Reducir la prevalencia de la obesidad y mejorar su gestión tendrá beneficios sustanciales para los servicios de salud y para mejorar la probabilidad de alcanzar los objetivos mundiales que abordan las Enfermedades No Transmisibles en adultos.**
- **Esto garantizará una mejor salud para el futuro de las actuales generaciones.**

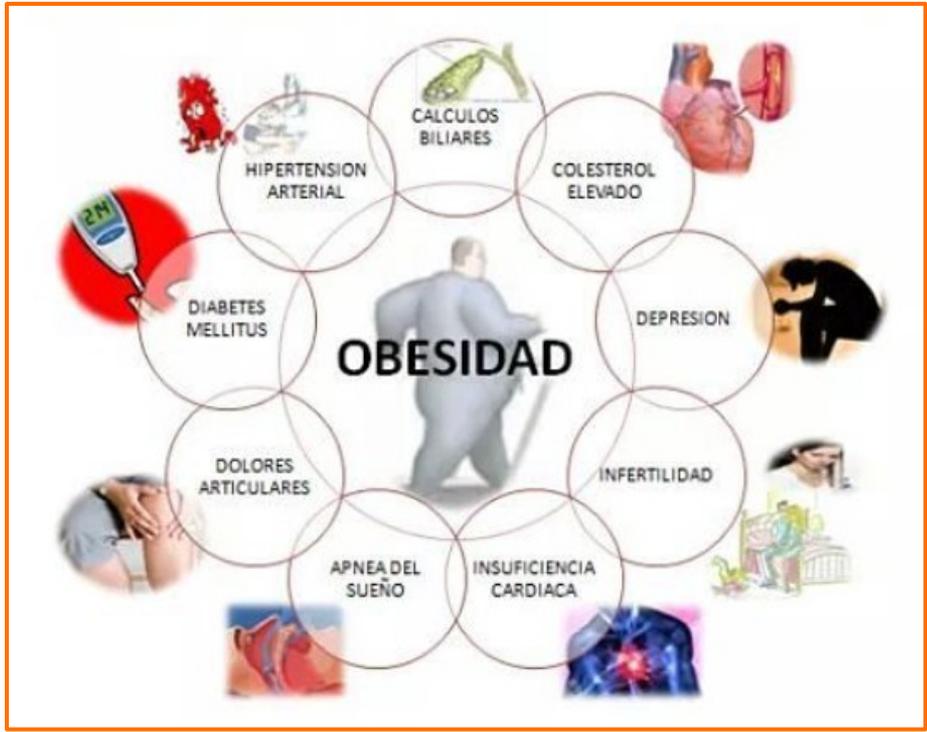
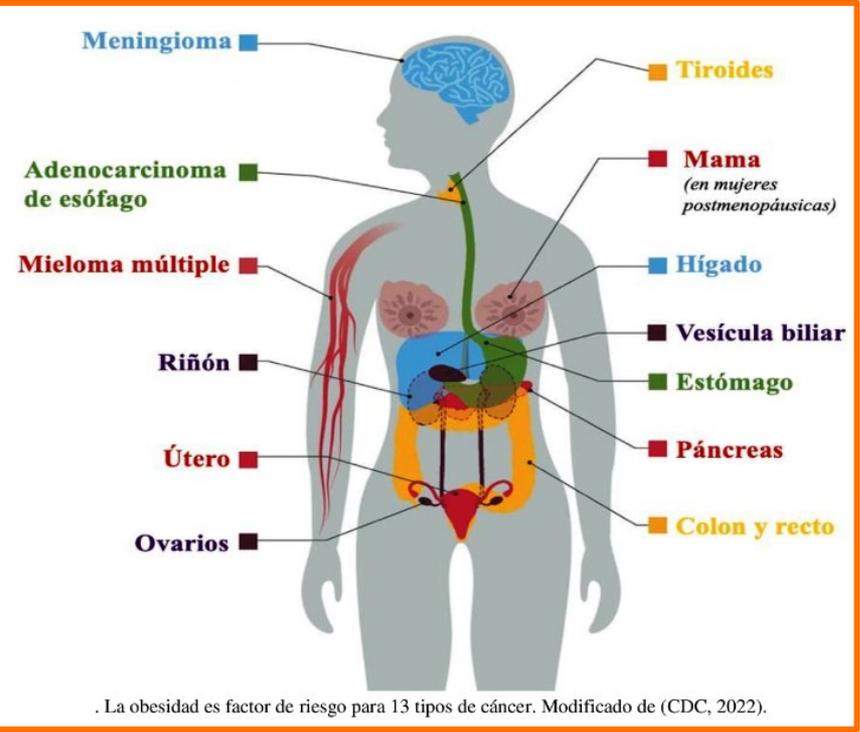
World Obesity Atlas 2024



# Definimos Obesidad y ENT

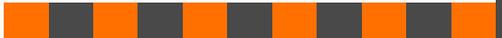
1. **Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas**, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.
2. **Los principales tipos de ENT** son las enfermedades cardiovasculares (como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.
3. Las ENT afectan de forma desproporcionada a los habitantes de **países de ingreso mediano bajo**, donde se producen más de las tres cuartas partes de las muertes por ENT en el mundo (31,4 millones).
4. **Las ENT afectan a personas de todos los grupos de edad, regiones y países.** cada año más de 17 millones de personas menores de 70 años mueren a causa de una ENT ya sea por una **alimentación poco saludable, inactividad física, exposición al humo de tabaco, consumo nocivo del alcohol o por la contaminación atmosférica.**





# ENT

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



# ENT: FACTORES DE RIESGO

## FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES MODIFICABLE

Los comportamientos modificables que aumentan el riesgo de sufrir una ENT son:

1. el consumo de tabaco
2. la inactividad física
3. la alimentación poco saludable
4. y el consumo nocivo de alcohol,

## FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS

1. hipertensión arterial
2. sobrepeso y obesidad
3. hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre)
4. hiperlipidemia (niveles elevados de grasa en sangre).

## FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Varios factores de riesgo ambientales contribuyen a las ENT.

□ **la contaminación atmosférica**, que provoca 6,7 millones de muertes en el mundo, de las cuales 5,7 millones se deben a las ENT, como:

1. accidentes cerebrovasculares
2. cardiopatías isquémicas
3. enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. cáncer de pulmón.

# CORRELATOS AMBIENTALES DE LA OBESIDAD

	Greenhouse gas (GHG) emissions CO <sub>2</sub> equivalent 2015 (tonnes per capita per year)	1.0
	Annual increase in GHG emissions 2000–2015 (%)	2.8
	Proportion of the population living in urban areas 2020 (%)	62.2
	Annual increase in urbanisation 1995–2020 (%)	0.71
	Plastic waste (latest year) (kg per capita)	n/a
	Proportion of adults taking insufficient physical activity 2016 (%)	37.4
	Proportion of youth (age 11–19y) taking insufficient physical activity 2016 (%)	83.5
	Consumption of animal proteins 2021 (grams per capita per day)	30.6
	Consumption of sugar and sweeteners 2021 (kg per capita per year)	18.0

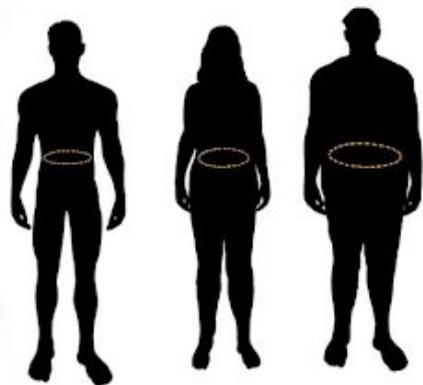
- Emisiones de **gases de efecto invernadero** (GEI) CO<sub>2</sub> equivalente 2015 (toneladas per cápita por año)
- Incremento anual de las **emisiones de GEI** 2000–2015 (%)
- Proporción de la población que **vive en zonas urbanas** 2020 (%)
- Aumento anual de la **urbanización** 1995–2020 (%)
- **Residuos plásticos** (último año) (kg per cápita)

MEDIOAMBIENTALES

- Proporción de adultos que realizan **actividad física** insuficiente en 2016 (%)
- Proporción de jóvenes (de 11 a 19 años) que realizan **actividad física** insuficiente en 2016 (%)
- Consumo de **proteínas animales** 2021 (gramos per cápita por día)
- Consumo de **azúcar y edulcorantes** 2021 (kg per cápita al año)

HÁBITOS DE VIDA

# La Obesidad en Salud Laboral



Una visión desde la Medicina del Trabajo de la persona trabajadora que vive con obesidad



02

# La obesidad en Cifras

# La obesidad en cifras: Estudio ENE-COVID



- Un **55,8%** de la población mayor de 18 años residente en España en 2020 presentaba **exceso de peso**, un **18,7%** referido a la **obesidad**, y un **37,1%** al **sobrepeso**.
- La prevalencia de obesidad severa casi alcanza al 5% de las personas adultas (4,9 %).
- La prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, En obesidad severa es algo superior entre las mujeres
- Tanto el exceso de peso, como la obesidad y la obesidad severa crecen a medida que aumenta la edad, salvo en el grupo de 70-80 años, en el que disminuye levemente.



# Porcentaje de personas con obesidad por sexo.

	18 y más años			*Entre 2 y 17 años		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Niñas	Niños
España	16,0	15,5	16,5	10,3	10,2	10,4

- La Obesidad en adultos mayores de 18 años corresponde a un **Índice de Masa Corporal (peso en Kg/talla m<sup>2</sup>)  $\geq$  a 30,0 kg/m<sup>2</sup>**. Para determinar la obesidad en niños de 2 a 17 años se han utilizado los puntos de corte publicados en Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1-6



# Obesidad y sobrepeso en población activa: Estimación

	Ambos sexos Valor absoluto 2024T3
De 20 a 24 años	1.558,5
De 25 a 29 años	2.224,1
De 30 a 34 años	2.498,1
De 35 a 39 años	2.711,0
De 40 a 44 años	3.175,0
De 45 a 49 años	3.601,7
De 50 a 54 años	3.328,3
De 55 a 59 años	2.856,7
De 60 a 64 años	1.856,6
De 65 a 69 años	324,2
TOTAL	<b>24.134,2</b>

- **13.515.152 (56%) DE TRABAJADORES EN ACTIVO TENDRÍAN EXCESO DE PESO**

- **4.585.460 (19%) DE TRABAJADORES EN ACTIVO TENDRÍAN OBESIDAD**

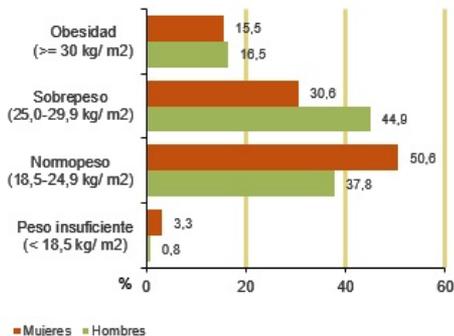
- **8.929.564 (37%) DE TRABAJADORES EN ACTIVO TENDRÍAN SOBREPESO**



# Encuesta Europea de Salud 2020

Índice de masa corporal según grupos de edad (% población de 18 y más años)

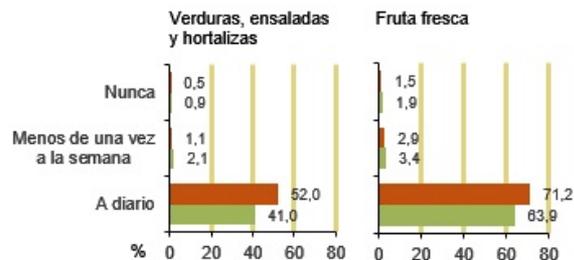
Índice de masa corporal. 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

Consumo de fruta, verduras, ensaladas y hortalizas según grupos de edad (%)

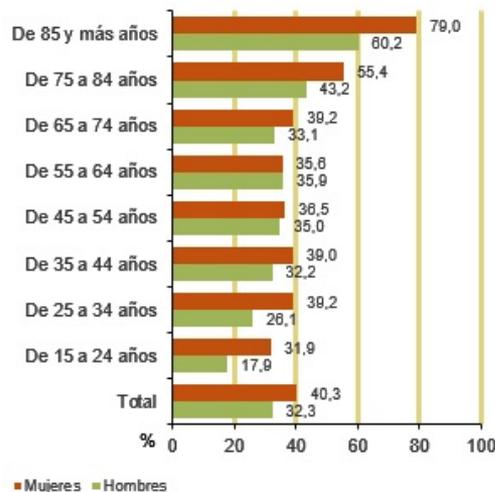
Consumo de fruta y verdura. 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

Sedentarismo según grupos de edad (%)

Población sedentaria. 2020

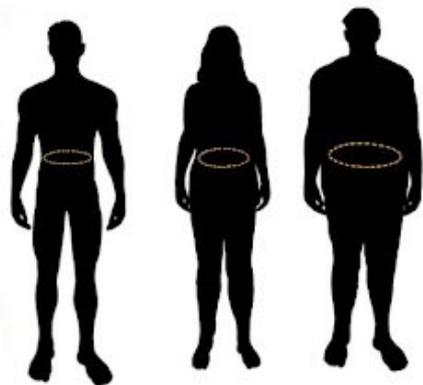


Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

El consumo de fruta a diario en la población de 15 y más años es de un 71,2% en mujeres y un 63,9% en hombres; y el de verduras, ensaladas y hortalizas de un 52,0% en mujeres y un 41,0% en hombres

Un 40,3% de mujeres se declaran sedentarias frente a un 32,3% de hombres.

# La Obesidad en Salud Laboral



Una visión desde la Medicina del Trabajo de la persona trabajadora que vive con obesidad



03

# La Obesidad en PRL

# La Prevención en Salud Ocupacional

**PRIMARIA**  
Disminuir la Incidencia

- Valoración de los riesgos del puesto de trabajo
- Reconocimientos de inicio-Aptitud laboral
- **PROGRAMAS DE SALUD: HÁBITOS SALUDABLES**
- Campañas de formación y sensibilización

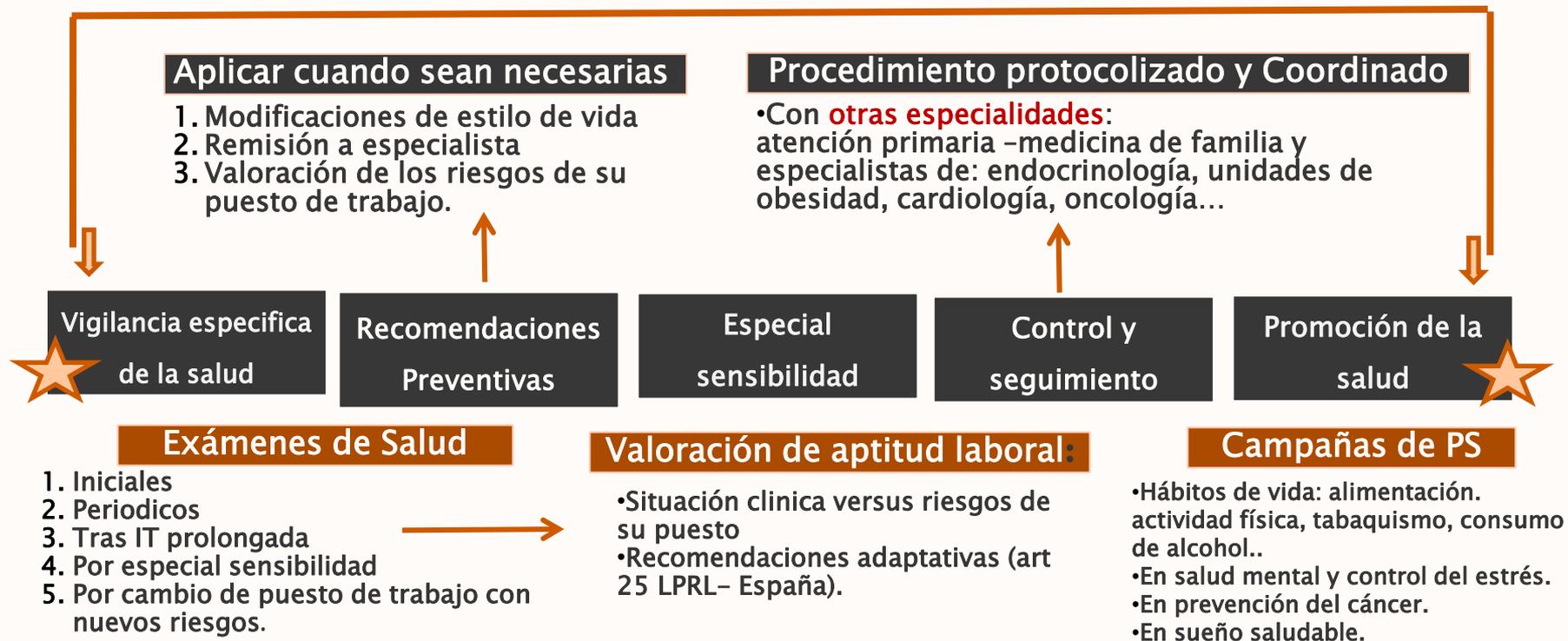
**SECUNDARIA**  
Detección Precoz  
Atención Temprana

- Reconocimientos periódicos – **VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA**
- Campañas específicas de sensibilización
- Puesta en marcha de medidas adaptativas necesarias y control regular de su eficacia
- Control y seguimiento coordinado
- Detección de complicaciones

**TERCIARIA**  
Disminuir las Consecuencias

- Vigilancia específica de la salud ocupacional y post-ocupacional
- Control de complicaciones
- **VALORAR ESPECIAL SENSIBILIDAD** según limitaciones y riesgos

# PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD DESDE LAS EMPRESAS



**OBESIDAD Y SALUD LABORAL: ACTUACIONES PREVENTIVAS**

# Dos Ideas

## IMC

El IMC es una herramienta útil para evaluar la **obesidad**, sin embargo, no es suficiente por sí solo para una valoración completa de la salud.

## ADIPOSIDAD

la valoración de la **adiposidad en la obesidad proporciona información más precisa** sobre la composición corporal y la distribución de la grasa



# IMC/ADIPOSIDAD

## IMC: ventajas

**SIMPLICIDAD:** Es fácil de calcular, solo requiere el peso y la altura de una persona-accesible para muchas personas y profesionales de la salud.

**COSTO-EFECTIVIDAD:** No requiere equipos sofisticados ni procedimientos complejos-económico y práctico para su uso en diversas situaciones.

**ESTÁNDARES ESTABLECIDOS:** Tiene categorías bien definidas (bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad)-clasifica rápidamente a las personas y establece criterios de riesgo.

**UTILIDAD EN GRANDES POBLACIONES:** Es una herramienta útil para estudios epidemiológicos y poblacionales-evalúa tendencias de obesidad a gran escala.

**INDICADOR GENERAL:** puede ser un indicador útil para identificar personas con mayor riesgo de problemas de salud relacionados con el peso.

**FACILIDAD DE INTERPRETACIÓN:** Los resultados del IMC son fáciles de entender y comunicar-utilidad en campañas de difusión en obesidad.

## ADIPOSIDAD: ventajas

**DETECCIÓN DE RIESGO:** Medir la grasa corporal y su distribución facilita identificar el riesgo de enfermedades metabólicas, como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

**EVALUACIÓN DE LA SALUD:** Permite un abordaje mas completo en salud global. No toda la grasa es igual, la grasa visceral se asocia a un mayor riesgo de complicaciones.

**SEGUIMIENTO DEL PROGRESO:** Valorar la adiposidad facilita valorar los cambios en la composición corporal, más allá de lo que el peso corporal total puede indicar.

**PERSONALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS:** Conocer el tipo y la distribución de la grasa permite diseñar planes de tratamiento más específicos y eficaces.

**PREVENCIÓN DE COMORBILIDADES:** Permite identificar a personas en riesgo antes de que desarrollen condiciones asociadas con la obesidad

**EL IMC ES UN PUNTO DE PARTIDA, PERO NO LA ÚNICA MEDIDA UTILIZADA PARA EVALUAR LA OBESIDAD. HA DE COMPLEMENTARSE CON ESTIMACIONES DE ADIPOSIDAD Y DE SALUD GLOBAL.**

- El **IMC** es un buen punto de partida, pero no debe ser la única medida utilizada para evaluar la obesidad y la salud en general.
- Actualmente el **IMC** presenta algunas **ventajas** que lo convierten en una herramienta valiosa en la evaluación inicial del estado de peso y su relación con la salud.
- **Sin embargo, para una valoración global de la salud** de las personas obesas, el **IMC** presenta **limitaciones**, al no considerar factores como la distribución de grasa, la masa muscular, la edad, el sexo o la genética.
- Por eso, **ES RECOMENDABLE COMPLEMENTARLO CON MEDICIONES DE ADIPOSIDAD**, como el porcentaje de **grasa corporal, visceral, circunferencia de la cintura**, junto con evaluaciones de salud general.

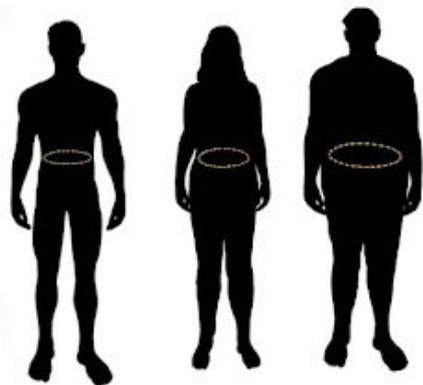


# Adiposidad subcutánea/Adiposidad visceral

- Existen diferencias anatómicas, celulares, moleculares, fisiológicas, clínicas y pronósticas entre el **tejido adiposo subcutáneo (SCAT)** y el **tejido adiposo visceral (VAT)** presente en la cavidad abdominal.
- **El VAT** tiene mayor capacidad para generar ácidos grasos libres y captar glucosa que el **SCAT** y es más sensible a la estimulación adrenérgica.
- **El SCAT** es más ávido en la absorción de ácidos grasos libres circulantes y triglicéridos.
  - **El aumento del VAT conlleva una mayor predicción de mortalidad que el SCAT**



# La Obesidad en Salud Laboral



Una visión desde la Medicina del Trabajo de  
la persona trabajadora que vive con  
obesidad



04

# Promoción de la Salud en Obesidad

# ¿Qué es la promoción de la salud?

• **LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO** se ha convertido en una estrategia efectiva para abordar los desafíos relacionados con la obesidad.

• Busca crear un entorno que fomente **ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**, aportando a los trabajadores las herramientas y conocimientos necesarios para mejorar su salud.

• Va más allá de proporcionar simplemente información sobre hábitos saludables; implica la **CREACIÓN DE POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PRÁCTICAS** que promuevan la adopción de comportamientos saludables y la prevención de enfermedades.

• Puede tener un **IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD**. Implica un **ENFOQUE PROACTIVO** en la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Declaración  
de  
Luxemburgo



Redes Europea y  
Española de  
Empresas  
Saludables



# ROI Retorno de la inversión realizada

The screenshot shows the user interface of the 'Evaluación de la Inversión en PST' (ROI Calculator) web application. At the top, it features the logos of the Spanish Government, the Ministry of Labor and Social Security, and the INSS (National Institute for Safety and Health at Work). The main header is 'EVALUACIÓN DE LA INVERSIÓN EN PST'. Below this, there is a navigation menu on the left with options: Inicio, Gestión de la prevención, Seguridad, Higiene, Ergonomía, Psicosociología, and Programas de Salud. The main content area is titled 'Evaluación de la Inversión en PST' and includes a description: 'Herramienta para calcular el coste de no invertir en PST o calcular el ahorro y el retorno de la inversión en caso de realizar actuaciones en PST'. A list of menu items is provided, including 'Sobre la aplicación', 'Coste de no invertir en PST', 'Retorno de la Inversión', 'Ayuda', 'Recomendaciones', 'Recursos adicionales', 'Bibliografía', and 'INSST'. At the bottom, there are logos for 'Financiado por la Unión Europea NextGenerationEU' and 'Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia'.

**Calculador: Evaluación de la inversión en PST**

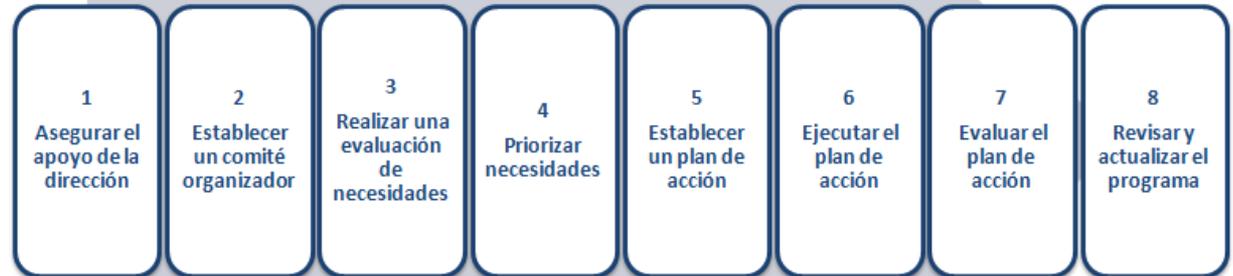
**La inversión en prevención y Promoción de la salud ¿es cara?**

# Campañas de Promoción de la Salud desde las Empresas

## HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

1. Tabaquismo
2. Consumo de Alcohol
3. Alimentación
4. Actividad física
5. Sueño

¿Cómo ponerlo en marcha?



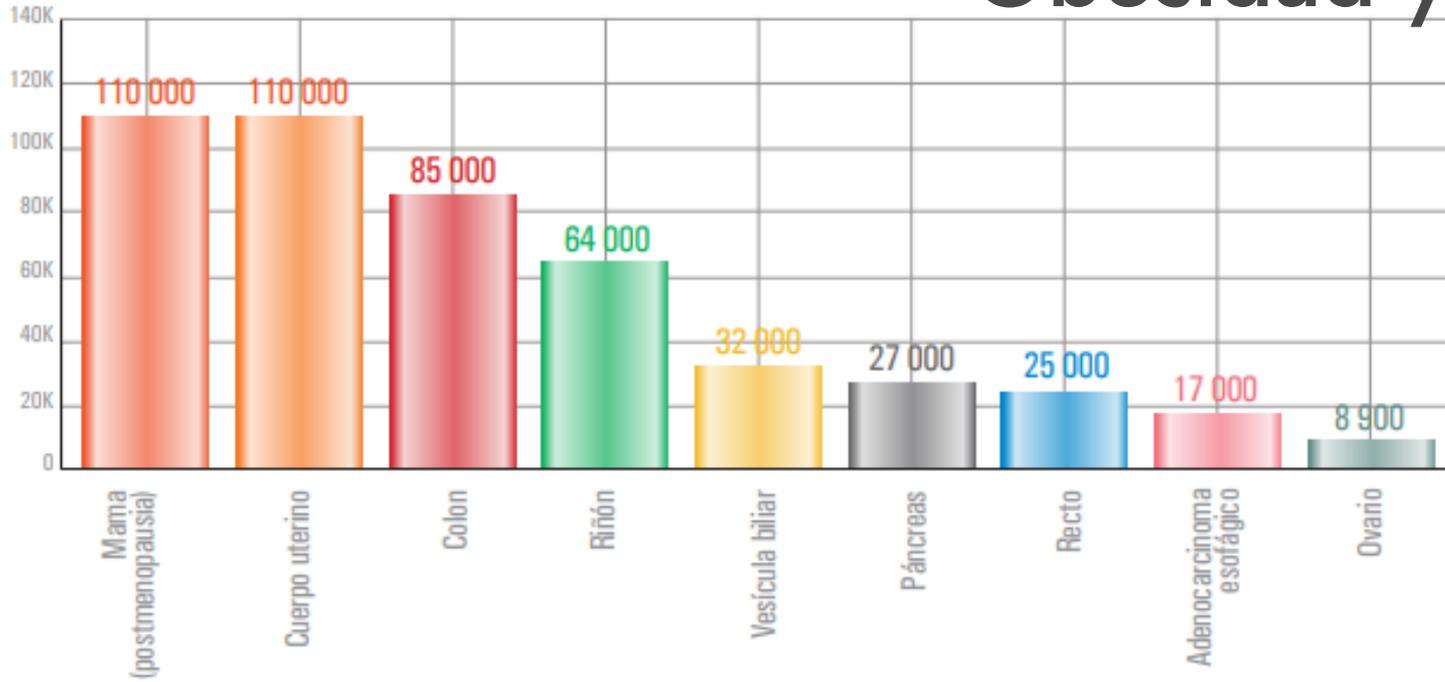
La **promoción de la salud complementa la prevención de riesgos laborales**, como paso previo imprescindible, creando un marco conjunto de empresa saludable.

Se propone un **nuevo modelo organizativo** que incorpore al concepto de empresa saludable, el de empresa sostenible, eficiente y socialmente responsable.

- **La Promoción de la Salud**
- **Paso a Paso**



# Hábitos Saludables, Obesidad y Cáncer



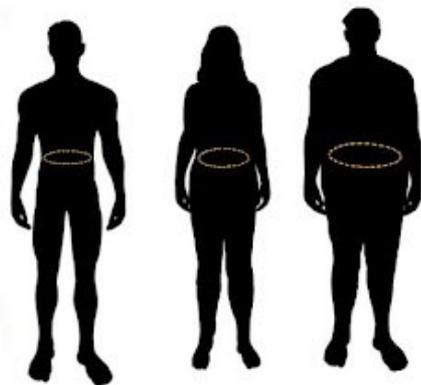
Fuente: GLOBOCAN 2020. Gráfico: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>) © International Agency for Research on Cancer 2024

# Hábitos Saludables, Obesidad y Cáncer

- **La obesidad se posiciona como segundo factor de riesgo evitable responsable de más cánceres en EE.UU.** La obesidad se asocia con al menos nueve tipos de cáncer como el cáncer de mama, endometrio, colon, renal, vesícula biliar y páncreas entre otros.
- Aunque en España las cifras de obesidad aún se alejan de las de EE.UU. cabe destacar que en España **en 2022 la obesidad afectaba al 13,7% de la población adulta y el sobrepeso al 33,6%**. Es especialmente preocupante el incremento de la obesidad infantil, con cifras de sobrepeso y obesidad infantil cercanas al 30%.
- Además, **según datos del INE**, el consumo de frutas y verduras se ha reducido desde 2017 en nuestro país.



# La Obesidad en Salud Laboral



Una visión desde la Medicina del Trabajo de  
la persona trabajadora que vive con  
obesidad



05

# Vigilancia de la Salud en Obesidad

# Los exámenes de Salud

## Vigilancia individual

- **LOS EXÁMENES DE SALUD**, van dirigidos a vigilar las consecuencias de la exposición a los riesgos laborales presentes en el puesto de trabajo
- incluyen datos de aspectos de salud de cada individuo, por la posible influencia en su capacidad para trabajar de forma segura.
- **LA HISTORIA CLÍNICO-LABORAL** recoge estos datos y permite **realizar un seguimiento de la evolución de cada persona**,
- Permite un **apoyo coordinado en el CONTROL Y SEGUIMIENTO PERIÓDICO** del trabajador.

HISTORIA CLÍNICO LABORAL EN OBESIDAD		
Antecedentes	Familiares	Diabetes, obesidad, hipotiroidismo, otras alteraciones endocrino-metabólicas
	Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos utilizados</li> <li>• Hábitos: alimentarios, tóxicos</li> <li>• Enfermedades intercurrentes</li> <li>• Actividad física.</li> <li>• Diagnósticos previos de alteraciones endocrino-metabólicas, cardiovasculares, osteoarticulares, etc.</li> </ul>
	Antecedentes laborales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesión del trabajador (puesto de trabajo y tareas que realiza y que haya realizado en otros trabajos anteriores)</li> <li>• Horarios de trabajo y de comidas.</li> <li>• Trabajo a turnos, nocturno, a destajo</li> <li>• Riesgos en su puesto actual.</li> </ul>
Clínica asociada	Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurológicas y psiquiátricas</li> <li>• Cardiovasculares</li> <li>• Digestivas</li> <li>• Metabólicas: diabetes, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, etc.</li> </ul>
	Tratamientos actuales	
Tratamientos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta</li> <li>• Fármacos</li> <li>• Cirugía</li> </ul>	
Exploración general	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Peso, talla. IMC</b></li> <li>• <b>Perímetro de cintura. Índice cintura/altura</b></li> <li>• <b>GRASA CORPORAL</b></li> <li>• <b>GRASA VISCERAL</b></li> </ul>	
Exploración por aparatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Músculoesquelética</li> <li>• Respiratoria</li> <li>• Cardiovascular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurológica</li> <li>• Psiquiátrica</li> <li>• Otros</li> </ul>
Pruebas complementarias	Analítica; Ecografía, ECG, Ecocardiograma, TAC, RMN, densitometría ósea...	

# Valoración de la aptitud laboral en Obesidad

## VALORACIÓN DE APTITUD LABORAL

Evaluación  
de Riesgos  
Global

Evaluación del Puesto  
de Trabajo

Valoración de las características  
individuales: aptitud/capacidad  
del trabajador

Resultado:  
APTO

Resultado:  
NO APTO

Resultado:

APTITUD CON LIMITACIONES



RECOMENDACIONES  
ADAPTATIVAS O RESTRICTIVAS

# VALORACIÓN DE LA APTITUD LABORAL

## LA VALORACIÓN DE APTITUD PERMITE:

1. Determinar la capacidad psicofísica del trabajador que vive con obesidad para realizar su trabajo sin riesgo.
2. **Identificar trabajadores especialmente sensibles** a alguno de los riesgos de su puesto de trabajo.
3. Señalar la existencia posibles riesgos adicionales para su propia salud o la de otros, derivados de las características psicofísicas del trabajador.

# OBJETIVOS FUNDAMENTALES

1. **Adaptar el trabajo a la persona.**
2. **Disminuir el riesgo de accidentes.**
3. **Disminuir el desarrollo de complicaciones**

# Métodos de Valoración de la adiposidad

- MÉTODOS DIRECTOS:
- TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA O RESONANCIA MAGNÉTICA (**COSTOSA Y POCO ACCESIBLE EN NUESTRO ÁMBITO**).
- MÉTODOS INDIRECTOS (**ESTIMATORIOS**)
- La forma más utilizada y sencilla que nos permitirá además medir otros parámetros será a través de una **BÁSCULA DE BIOIMPEDANCIA Y CINTA MÉTRICA**



# ESCALAS DE UTILIDAD EN OBESIDAD Y SUS COMPLICACIONES

ESTIMACIÓN DEL RIESGO
<b>EN RIESGO CARDIOVASCULAR.</b> los más utilizados son: <b>Score 2 y Regicor.</b>
<b>EN OBESIDAD-ADIPOSIDAD.</b> los más utilizados son, además del Índice de Masa Corporal ( <b>IMC</b> ) y como métodos indirectos en valoración grasa corporal: índice cintura/altura, índice cintura/cadera, <b>CUN BAE, Ecore-BF, RFM, Deuremberg, Palafolls, body surface index, body roundness index, cronicity index, body shape index, Nwai, body fat index, METS-VF.</b>
<b>EN REPERCUSIÓN METABÓLICA- RESISTENCIA A LA INSULINA.</b> Los más utilizados son: <b>TyG index, TyG-IMC, TyG-cintura, TyG-cintura/altura, METS-IR, SPISE-IR y triglicéridos/HDL.</b>
<b>EN REPERCUSIÓN METABÓLICA-SÍNDROME METABÓLICO.</b> Los más utilizados son: <b>NCEP, ATPIII, IDF, JIS.</b>
<b>EN VALORACIÓN DE RIESGO DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO.</b> Los más utilizados son: <b>fatty liver index, hepatic steatosis index, Zhejiang University index, fatty liver disease index, Framingham steatosis index, Korean steatosis index, lipid accumulation product Bard score.</b>
<b>UTILIDAD DE LOS ÍNDICES DE ADIPOSIDAD</b>
LOS MÁS UTILIZADOS SON: EL VISCERAL ADIPOSITY INDEX (VAI), DYSFUNCTIONAL ADIPOSITY INDEX (DAI), <u>ADIPOSIDAD CORPORAL (BAI)</u> Y <u>VOLUMEN ABDOMINAL (AVI).</u>

# Cálculo de los Índices de adiposidad

- **Visceral adiposity index (VAI)**
  - Para su cálculo se emplea la siguiente fórmula. (Amato MC,2014)  $VAI = (WC(cm)/(39.68+(1.88*BMI))) * (TG/1.03) * (1.31/HDL)$  Para hombres y  $VAI = (WC(cm)/(36.58+(1.89*BMI))) * (TG/0.81) * (1.52/HDL)$  para mujeres. (Amato MC,2014)
- **Dysfunctional adiposity index (DAI)**
  - Para su cálculo se utiliza la siguiente fórmula:  $DAI = [WC/[22.79+[2.68*BMI]]] * [triglycerides (TG, mmol/L)/1.37] * [1.19/high density lipoprotein-cholesterol (HDL-C, mmol/L)]$  para hombres y  $[WC/[24.02+[2.37*BMI]]] * [TG(mmol/L)/1.32] * [1.43/HDL-C(mmol/L)]$  para mujeres. (Reyes-Barrera J et al, 2021)
- **BAI BODY ADIPOSITY INDEX.** El **BAI** se calcula utilizando el método de Bergman et al. validado para población española: (M. Bannasar-Veny, et al. PLoS One, 8 (2013)

$$BAI = \frac{\text{hip circumference(cm)}}{\text{height(m)}^{1.5}} - 18;$$

- **AVI ABDOMINAL VOLUME INDEX** se calcula según la fórmula: (Guerrero-Romero F.,2003)

$$AVI = \frac{[2 \text{ cm} \times (\text{waist (cm)})^2 + 0.7 \text{ cm} \times (\text{waist (cm)} - \text{hip (cm)})^2]}{1000}$$



# La Vigilancia Colectiva de la Salud

- **PERMITE CONOCER**

- La prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los trabajadores, su evolución anual, la relación con alteraciones en parámetros de riesgo cardiovascular o metabólico, y otras patologías relacionadas con la obesidad.
- Los efectos para la salud de la actividad laboral realizada y de los hábitos de vida.
  - **Proporciona, a través de estudios epidemiológicos de los resultados de los exámenes de salud de los trabajadores, herramientas para actuar con mayor eficacia en campañas de prevención y promoción de la salud. dirigidas a todos los trabajadores**



## Coeficiente de correlación de Pearson entre BAI y AVI con **IMC**. Indicadores de adiposidad.

Mujeres							
	IMC	PC	PCAD	ICA	ICC	AVI	BAI
IMC	1	,663**	,719**	,701**	,048**	,696**	,720**
PC		1	,558**	,925**	,586**	,987**	,421**
PCAD			1	,498**	-,340**	,645**	,806**
ICA				1	,559**	,907**	,593**
ICC					1	,484**	-,309**
AVI						1	,487**
BAI							1
Hombres							
	IMC	PC	PCAD	ICA	ICC	AVI	BAI
IMC	1	,658**	,658**	,681**	,139**	,665**	,679**
PC		1	,530**	,919**	,635**	,995**	,377**
PCAD			1	,405**	-,313**	,559**	,749**
ICA				1	,661**	,913**	,533**
ICC					1	,602**	-,252**
AVI						1	,404**
BAI							1

Valoración del Índice Kappa (Fuerza de la concordancia): < 0.20 Pobre; 0.21 – 0.40 Débil; 0.41 – 0.60 Moderada; 0.61 – 0.80 Buena; 0.81 – 1.00 Muy buena  
 IMC=índice de masa corporal; PC=perímetro de cintura; PCAD=perímetro de cadera; ICA=índice cintura/altura; ICC= índice cintura/cadera; AVI= Índice de volumen abdominal- Abdominal volumeindex, BAI= Índice de adiposidad corporal-bodyadiposity index.

Los valores medios de **AVI y BAI** aumentan según lo hacen los parámetros de obesidad y son más elevados en ambos sexos según aumenta el ICA, ICC e IMC.

Existe una **buena o muy buena correlación** entre los índices **AVI y BAI** y el IMC y con los parámetros de obesidad (perímetro de cintura, índice cintura/altura e índice cintura/cadera).

## Coeficiente de correlación de Pearson entre BAI y AVI con IMC y escalas de sobrepeso y obesidad

Women								
	BMI	AVI	BAI	Palafolls	RFM	ECORE-BF	CUN BAE	METS-VF
BMI	1	.696 **	.720 **	.999 **	.675 **	.973 **	.965 **	.704 **
AVI		1	.487 **	.661 **	.866 **	.663 **	.656 **	.800 **
BAI			1	.723 **	.583 **	.712 **	.705 **	.608 **
Palafolls				1	.645 **	.973 **	.966 **	.680 **
RFM					1	.681 **	.677 **	.966 **
ECORE-BF						1	.998 **	.754 **
CUN BAE							1	.756 **
METS-VF								1
Men								
	BMI	AVI	BAI	Palafolls	RFM	ECORE-BF	CUN BAE	METS-VF
BMI	1	.665 **	.679 **	.999 **	.682 **	.969 **	.971 **	.727 **
AVI		1	.404 **	.626 **	.897 **	.641 **	.644 **	.811 **
BAI			1	.682 **	.533 **	.673 **	.673 **	.572 **
Palafolls				1	.649 **	.968 **	.971 **	.703 **
RFM					1	.689 **	.689 **	.943 **
ECORE-BF						1	.998 **	.797 **
CUN BAE							1	.794 **
METS-VF								1

Assessment of the Kappa Index (Strength of agreement): < 0.20 Poor; 0.21 – 0.40 Weak; 0.41 – 0.60 Moderate; 0.61 – 0.80 Good; 0.81 – 1.00 Very good.

BMI=body mass index--Quetelet index (BMI= weight (kg)/height<sup>2</sup> (meters). It is classified according to WHO-2023 recommendations; CUN-BAE (Clínica Universitaria de Navarra Body adiposity Estimator), Córdoba Equation (ECORE-BF), Relative Fat Mass (RFM), Metabolic Score for Visceral Fat (METS-VF), Palafolls equation. WC-waist circumference, ICA waist/height index, AVI= Abdominal volume index, BAI= Body adiposity index.

El coeficiente de correlación de Pearson **muestra buena correlación** del IMC, tanto en hombres como en mujeres con: Palafolls, Ecore-BF y CUN BAE (>0,9) y buena con RFM y METS-VF (entre 0.61 – 0.80).

**Para AVI**, tanto en hombres como en mujeres **existe una buena correlación** con RFM y METS-VF (>0,8) y buena para Palafolls, Ecore-BF y CUN BAE (>0,6)

**Para BAI** existe buena correlación tanto en hombres como en mujeres para Palafolls, Ecore-BF y CUN BAE (>0,6) y moderada para RFM y METS-VF (<0,6 y >0,4)

## Coeficiente de correlación de Pearson entre BAI y AVI y los valores de tensión arterial, diabetes y de resistencia a la insulina

Mujeres								
	TAS	TAD	GLUCOSA	AVI	BAI	TyGindex	METSIR	IATGHDL
TAS	1	,753**	,172**	,249**	,275**	,208**	,386**	,192**
TAD		1	,186**	,277**	,287**	,236**	,412**	,208**
GLUCOSA			1	,158**	,163**	,416**	,307**	,161**
AVI				1	,487**	,302**	,692**	,317**
BAI					1	,238**	,704**	,221**
TyG index						1	,474**	,847**
METS-IR							1	,466**
IA TG/HDL								1
Hombres								
	TAS	TAD	GLUCOSA	AVI	BAI	TyGindex	METSIR	IATGHDL
TAS	1	,702**	,177**	,230**	,214**	,201**	,348**	,162**
TAD		1	,194**	,263**	,240**	,250**	,388**	,192**
GLUCOSA			1	,156**	,156**	,381**	,318**	,155**
AVI				1	,404**	,427**	,699**	,425**
BAI					1	,248**	,648**	,198**
TyG index						1	,582**	,816**
METS-IR							1	,535**
IA TG/HDL								1

Existe una **buena o muy buena correlación** entre los índices **AVI y BAI** con METS-IR. Los criterios de Síndrome metabólico IDF y NCEP-ATP II muestran una buena correlación entre si. Siendo menor la obtenida entre JIS con NCEP-ATP II y con IDF.

# BAI y AVI y su correlación con síndrome metabólico

	Síndrome metabólico NCEP-ATP III	Síndrome metabólico IDF	Síndrome metabólico JIS
Síndrome metabólico NCEP-ATP III	1	0,638	0,456
Síndrome metabólico IDF		1	0,558
Síndrome metabólico JIS			1

Los criterios de Síndrome metabólico IDF y NCEP-ATP II muestran una **buena correlación** entre si. Siendo menor la obtenida entre JIS con NCEP-ATP II y con IDF.

	AVI Women	BAI Women	BMI Women	Waist Women
	Cutoff-Sens-Specif-Youden	Cutoff-Sens-Specif-Youden	Cutoff-Sens-Specif-Youden	Cutoff-Sens-Specif-Youden
MS ATPIII	12.34-73.9-73.8-0.477	31.62-69.5-69.3-0.388	27.25-75.8-74.7-0.505	77.0-74.1-71.5-0.457
MS IDF	13.70-90.2-90.0-0.802	31.62-69.8-69.7-0.395	27.95-79.2-79.1-0.583	82.0-90.0-89.9-0.799
MS JIS	12.72-81.6-81.2-0.628	31.46-68.8-68.7-0.375	27.25-76.6-75.9-0.529	78.50-81.0-81.0-0.620
	AVI Men	BAI Men	BMI Women	Waist Women
MS ATPIII	16.07-76.7-76.7-0.534	26.42-64.2-64.1-0.283	27.95-71.1-70.8-0.419	91.0-78.8-72.8-0.516
MS IDF	17.59-83.6-83.6-0.672	26.42-65.2-65.1-0.303	28.0-75.1-72.5-0.476	93.0-85.6-82.7-0.683
MS JIS	17.32-82.0-82.0-0.640	26.36-64.9-64.8-0.287	27.95-72.1-71.4-0.435	93.0-82.3-81.8-0.641

Solo **AVI** ha demostrado **valor predictivo** en síndrome metabólico con los criterios IDF y esa capacidad predictiva es más alta en mujeres. el índice de Youden para **AVI** presenta resultados muy **similares en los tres modelos utilizados, tanto en hombres como en mujeres, a los obtenidos con el IMC y la circunferencia de la cintura.**

# Criterios de derivación especializada desde Salud Laboral

1. **Obesidad severa** o de comienzo muy precoz.  
**Endocrino/unidades de Obesidad**
2. Sospecha o evidencia de **alteración genética, endocrinológica o sindrómica**, como causa de obesidad. **Endocrino**
3. **Complicaciones o comorbilidades:** hipertensión arterial, hiperglucemia/diabetes, dislipemia, alteraciones tiroideas, alteraciones del perfil hepático, trastornos del sueño (**SAOS**). **Cardio, Neumo, Unidad del sueño, etc.**
4. **Alteraciones psicológicas** importantes asociadas (trastornos de la conducta alimentaria)-derivación a **Salud Mental**.
5. **Problemas ortopédicos/traumatológicos** severos a causa de la obesidad, derivación a **Traumatología**.

INFORMACIÓN MÍNIMA NECESARIA PARA DERIVACIÓN DESDE SALUD LABORAL A SALUD PÚBLICA (CUALQUIER ESPECIALIDAD)				
<b>1. DATOS DEL TRABAJADOR</b>				
Nombre y apellidos:				
DNI:	Sexo:	Fecha de nacimiento:		
Domicilio:		Localidad:		
Teléfono:		Email:		
<b>2. DATOS DE LA EMPRESA Y PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA.</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Centro de Trabajo				
Puesto de trabajo actual				
Antigüedad:				
Tareas/Riesgos principales del puesto:				
Limitaciones o restricciones del trabajador:				
Servicio de Prevención:				
Médico del Trabajo y teléfono/mail de contacto:				
Médico asistencial (atención primaria, endocrino, cardiólogo...) y teléfono/mail de contacto				
<b>3. DATOS CLÍNICOS</b>				
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES.</b>				
- Obesidad		- Patología cardiovascular		
- Diabetes		- Hepatopatía		
- Alteraciones hormonales		- T. alimenticios (bulimia/anorexia)		
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>				
- Patologías:				
- Cirugías:				
- Patología mental. Trastornos alimenticios (bulimia/anorexia)				
- Hábitos tóxicos: Alcohol (gr/día) tabaco (años, cigarrillos/día), drogas:				
- Hábitos de vida: Alimentación, ejercicio físico				
<b>MEDIDAS CORPORALES</b>				
Peso	Circunferencia de cintura	Cintura/altura (ICA)	Grasa corporal	Masa muscular
Talla			Grasa visceral	Agua corporal
IMC				
<b>EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS</b>				
Tensión arterial		Glucemia		
Pulso		Colesterol total y fracciones		
ECG		Triglicéridos		
Otras: Síndrome metabólico, RCV, resistencia insulina, adiposidad...		GOT, GPT, GGT		
		T3, T4, TSH		
<b>PATOLOGÍAS ACTUALES</b>				
Diabetes	HTA	Cardiopatía	Patología vascular	
Hipercolesterolemia	Hipertrigliceridemia	Hepatopatía	Patología osteomuscular	
SAOS				
<b>TRATAMIENTOS ACTUALES</b>				
Tratamientos para la obesidad, otros tratamientos: previos y actuales/efectos adversos				
Fecha y firma				

# Especial Sensibilidad en Obesidad y Trabajo

LPRL- España. Art. 25



Trabajadores que, *por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.*

1

• ¿**SE DEBE** considerar al trabajador con obesidad un **TRABAJADOR ESPECIALMENTE SENSIBLE**?

2

• ¿**CUÁNDO** se debe valorar si existe **ESPECIAL SENSIBILIDAD POR OBESIDAD**?

3

¿**CÓMO** valorar la **ESPECIAL SENSIBILIDAD** relacionada con la **obesidad**

# Especial Sensibilidad en Obesidad y Trabajo

**CARACTERÍSTICAS  
PERSONALES DEL  
TRABAJADOR**

*cómo es el  
trabajador*

**ESTADO  
BIOLÓGICO DEL  
TRABAJADOR**

*cómo está el  
trabajador*

**DISCAPACIDAD  
FÍSICA, PSÍQUICA O  
SENSORIAL  
RECONOCIDA**

Normativa de  
referencia: Ley  
6/2022

# ESPECIAL SENSIBILIDAD: PROCEDIMIENTO

<b>CAPACIDADES DEL TRABAJADOR.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Son compatibles con el desempeño de las tareas fundamentales del puesto, especialmente en relación con existencia o de patologías asociadas?</li></ul>
<b>LIMITACIONES DEL TRABAJADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Presenta limitaciones para realizar alguna tarea por su obesidad o complicaciones?</li></ul>
<b>EXPOSICION A RIESGOS EN SU PUESTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Puede implicar empeoramiento de su obesidad o de las patologías asociadas que aumenten el riesgo laboral?</li></ul>
<b>CONTROL DE LAS COMPLICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Se puede actuar en prevención para mejorar alguna de ellas?</li></ul>
<b>PERIODICIDAD DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vendrá marcada por las características de puesto y por la evolución del paciente. Aspecto clave:<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LA COORDINACIÓN DE ACTUACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS</b></li></ul></li></ul>

El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

# Influencia del trabajo en la obesidad

- El Trabajo sedentario, los factores psicosociales, largas jornadas laborales y el trabajo por turnos pueden contribuir al desarrollo de sobrepeso y la obesidad.
- La exposición pre y perinatal a xenobióticos se relaciona con desarrollo de obesidad en el futuro.



# Influencia de la Obesidad en el Trabajo

- **La obesidad puede constituir en sí misma un factor de riesgo en la siniestralidad laboral.**
- **La repercusión social en pérdida de productividad por bajas laborales y atención sanitaria, es mayor en la población obesa.**
  1. fatiga diurna y limitación para la movilidad
  2. mala calidad y cantidad del sueño
  3. accidentes laborales de todo tipo
  4. bajas temporales por enfermedad, tanto en trabajadores metabólicamente sanos como insanos, comparados con los de peso saludable, lo que se relacionó con una pérdida de productividad laboral



**ORIGINAL**

Recibido: 28 de noviembre de 2016  
Aceptado: 16 de febrero de 2017  
Publicado: 1 de marzo de 2017

**RELACION ENTRE LA JORNADA LABORAL Y LAS HORAS DE SUEÑO  
CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA  
SEGÚN LOS DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2012 (\*)**

**Prevalence of work-site injuries and relationship between  
obesity and injury among U.S. workers: NHIS 2004–2012\*, \*\*,\*, \*\***

**Mortality rates and cardiovascular disease burden in  
type 2 diabetes by occupation, results from all  
Swedish employees in 2002–2015**

**Obesity and workplace traumatic injury: does the science support the  
link?**

<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-201703023.pdf>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5259819/pdf/nihms842892.pdf>

<https://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12933-021-01320-8>

<https://injuryprevention.bmj.com/content/13/5/297>



## Puestos de especial riesgo en trabajadores con obesidad

- Puestos con **manipulación manual de cargas**.
- Puestos de trabajo en **alturas**.
- **Conductores**, especialmente de largos recorridos.
- Trabajos **en solitario**, especialmente en **turnos nocturnos**.
- Trabajos en **espacios confinados**.
- Trabajos con **estrés térmico**



# Limitaciones por reglamentación específica

- **Policía nacional y policías autonómicas.** *No serán aptos los trabajadores con **Obesidad** o delgadez manifiestas que dificulten o incapaciten para el ejercicio de las funciones propias del cargo.*
- **Guardia civil.** *Requisitos para el ingreso, Índice de Masa Corporal (IMC) entre 17 y 30*
- **Ayudantes de instituciones Penitenciarias.** *Serán excluidas personas con: Delgadez extrema:  $IMC < 18$ . **Obesidad:**  $IMC > 34$ .*
- **Embarque marítimo. **Obesidad.**** *En aquellos casos que exista limitación de la capacidad funcional en relación con el puesto de trabajo.*
- **Bomberos.** *Obesidad mórbida constatada con:  $IMC$  de 40 o mayor.  $IMC$  de 35 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa como diabetes o hipertensión arterial.*
- **Agentes forestales.** *No presentar: **Obesidad mórbida** constatada con  $IMC \geq 40$  o.  $IMC \geq 35$  con presencia de al menos una morbilidad significativa como hipertensión arterial*
- **Pilotos.** *Recomendación preventiva. La existencia de factores que predisponen a enfermedades, tales como la **obesidad**, pueden ser importantes para determinar si es necesario realizar una evaluación o investigación adicional en un caso particular*



## ¿Cuáles son las exclusiones médicas de la Guardia Civil?



Cuerpos de Instituciones Penitenciarias

Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre, por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo



Orden FOM/1267/2008, de 28 de abril, por la que se modifican la Orden de 21 de marzo de 2000, y la Orden FOM/2157/2003, de 18 de julio, que regulan diversos requisitos de las licencias de la tripulación de vuelo de aviones y helicópteros civiles, relativos a la organización médico-aeronáutica y la autorización de los centros médico-aeronáuticos y médicos examinadores.



# Aplicaciones para la Práctica diaria

1. En obesidad, está demostrada la influencia de la **DIETA Y EL EJERCICIO SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y METABÓLICAS**, con disminución de su prevalencia al controlar los factores de riesgo cardiovascular mediante la adopción de una dieta sana y niveles moderados /altos de actividad física.
2. Las personas en edad laboral pasan gran parte de su tiempo en el trabajo, por lo que es importante desarrollar **PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS EMPRESAS** dirigidos a promover un estilo de vida adecuado basado principalmente en dieta cardiosaludable y aumento de actividad física para actuar en obesidad
3. Es importante la **DETECCIÓN TEMPRANA/PRECOZ DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD** y por ello destacamos la utilidad de incluir el cálculo del riesgo cardio-metabólico en la vigilancia periódica de la salud de los trabajadores.



# Aplicaciones para la Práctica diaria

4. Una **ACTUACIÓN COORDINADA** entre los sanitarios del ámbito laboral y médicos de atención primaria y especializada del ámbito extralaboral mejoraría el control y seguimiento de trabajadores con obesidad
5. Son necesarias **CAMPAÑAS CONJUNTAS DE INTERVENCIÓN EN ESTILOS DE VIDA**, especialmente en alimentación y ejercicio físico, siendo conveniente el refuerzo psicológico para el mantenimiento de las nuevas conductas adquiridas.
6. Junto con el **IMC**, **los IA**, **el SM** y **el RCV**, es de utilidad el cálculo de riesgo de hígado graso no alcohólico, **FLI** y **FIB-4**. Ambos son métodos no invasivos, fáciles de utilizar y muestran relación con los valores elevados de IMC y parámetros de obesidad, como la grasa visceral y el índice cintura cadera.



# Estigmatización en Obesidad



Las personas que viven con obesidad experimentan **PREJUICIOS Y ESTIGMAS** a lo largo de su vida y en todos los entornos (hogar, escuelas, lugares de trabajo, medios de comunicación, espacios públicos y entornos sanitarios).

La **ESTIGMATIZACIÓN** de la obesidad se promulga a través de estereotipos sociales sobre las personas con obesidad.



## LAS PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD requieren de NUEVAS FORMAS DE COMUNICACIÓN.

El uso del lenguaje en primera persona es el estándar para dirigirse respetuosamente a las personas que viven con enfermedades crónicas.

NO ETIQUETEMOS A LAS PERSONAS POR SU ENFERMEDAD



No-personal. Lenguaje	Personal. Lenguaje
Participantes obesos	Participantes con obesidad o participantes que viven con obesidad
Persona obesa	Persona con obesidad o persona que vive con obesidad.
Paciente con obesidad mórbida	Paciente con obesidad severa o paciente que vive con obesidad severa
Paciente hipertenso	Paciente con hipertensión o paciente que vive con hipertensión.
Paciente diabético	Personas con diabetes o personas que viven con diabetes.
Individuo demente	Persona con demencia o individuo que vive con demencia
Sujetos obesos	Participantes con obesidad

Guía del lenguaje centrado en la persona:

[https://www.seedo.es/images/site/comunicados\\_medios/PERSON-FIRST-LANGUAGE-GUIDE-ESPA%C3%91OL.pdf](https://www.seedo.es/images/site/comunicados_medios/PERSON-FIRST-LANGUAGE-GUIDE-ESPA%C3%91OL.pdf)

# Conclusiones

1. La **OBESIDAD** es una enfermedad crónica, multifactorial y multiorgánica.
2. En **SALUD LABORAL** se puede (y se debe) realizar prevención, detección precoz, derivación temprana y control y seguimiento, si es posible coordinado con **SALUD PÚBLICA**
3. El **IMC** por sí solo no valora adecuadamente la obesidad e infradiagnostica esta patología.
4. Es necesario conocer la **grasa corporal** y especialmente la **visceral** (destacar el concepto de **ADIPOSIDAD**).
5. El abordaje desde las **UNIDADES DE SALUD LABORAL** de los Servicios de Prevención es básica para facilitar una vida más sana, larga y saludable.



# Conclusiones

6.La **VIGILANCIA DE LA SALUD** individual (exámenes de salud) y colectiva (estudios epidemiológicos) constituye la principal herramienta preventiva para el abordaje en el ámbito laboral de la obesidad y sus complicaciones

7.La **PROMOCIÓN DE LA SALUD** en el trabajo requiere de un trabajo en el que se implica el conjunto de la empresa u organización.

8.Es necesario **INTEGRAR A TODOS LOS TRABAJADORES** en las acciones preventivas y de promoción de la salud y evaluar su evolución desde las UBS (Medicina y Enfermería del Trabajo) para obtener resultados eficaces y eficientes.

9.Evitar la **ESTIGMATIZACIÓN** en las personas que viven con obesidad es factor clave para su implicación personal en el proceso de integración socio-laboral.



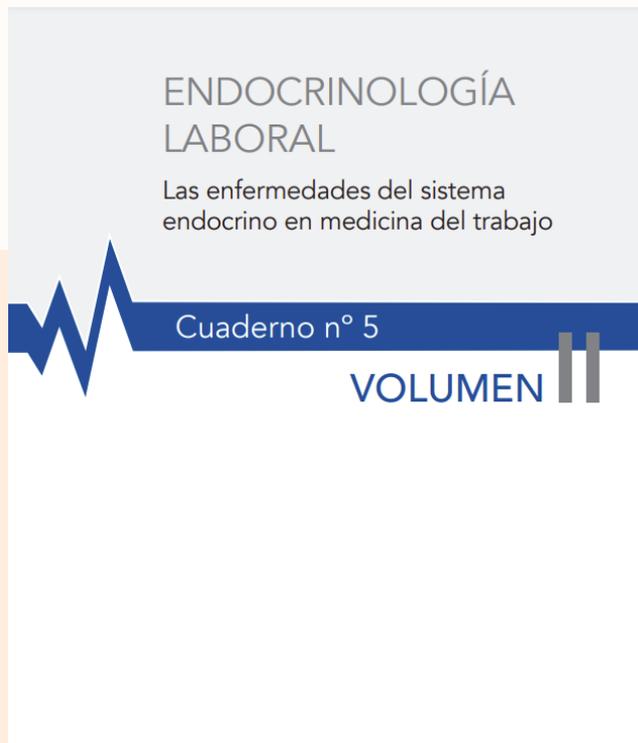
# HERRAMIENTA DE AYUDA



**Descarga gratuita:**

<http://www.aeemt.com/web/2024/02/22/la-obesidad-en-la-salud-laboral/>

# HERRAMIENTA DE AYUDA



**Gracias**

# Abordaje de la Obesidad en Salud Laboral. Experiències pràctiques



Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente-Herrero.  
Grupo de obesidad de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo  
Grupo.gimt@gmail.com